

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

*Волкова М.П., Равская В.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
Гродно, Беларусь

Введение. До недавнего времени хронический панкреатит у детей считался редким диагнозом. Сейчас врачами-педиатрами отмечается тенденция все более частого возникновения воспаления поджелудочной железы у детей школьного возраста и даже у дошкольников. Частота панкреатитов у детей с заболеваниями органов пищеварения по данным различных авторов колеблется от 5 до 25% [1]. По данным литературы частота острого панкреатита в структуре заболеваний органов пищеварения у детей составляет 5-10% [2]. Помимо того, что это серьезная проблема сама по себе, актуальность ее возрастает в связи с тем, что патологию трудно вовремя и полноценно диагностировать. Многообразие клинических проявлений панкреатитов у детей, нередко стертая клиническая картина затрудняют диагностику. Своевременная диагностика и лечение заболеваний поджелудочной железы у детей является одной из наиболее сложных проблем детской гастроэнтерологии. У детей встречаются разнообразные заболевания поджелудочной железы, для разных возрастных категорий типичны свои особые проблемы. Так, дети раннего возраста нередко страдают от недостаточности функции поджелудочной железы [3, 4]. Умеренная или незначительная панкреатическая недостаточность может сопровождать многие гастроэнтерологические заболевания, например, целиакию, может быть симптомом хронического панкреатита и часто выявляется лишь при проведении специального обследования. У детей школьного возраста преобладают воспалительные заболевания поджелудочной железы, не всегда своевременно диагностируемые.

Цель – изучить клинические особенности, тактику обследования и лечения детей с заболеваниями поджелудочной

железы, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ».

Объект и методы исследования. Изучены анамнез, особенности клинической картины, диагностика и лечение детей с заболеваниями поджелудочной железы, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» за последние 5 лет.

Результаты и их обсуждение. В течении последних 5 лет под наблюдением находилось 239 детей в возрасте от 3 до 17 лет, у которых выявлены заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит – 23, хронический панкреатит – 43, реактивный панкреатит – 22, диспанкреатизм – 151 ребенок соответственно). В возрасте 3-6 лет было 56 детей, 7-14 лет – 119 детей, 15-17 лет – 64 ребенка. Девочек было 137 (57%), мальчиков – 102 (43%). Дети с острым панкреатитом были госпитализированы в хирургическое отделение, остальные пациенты находились на стационарном лечении в педиатрическом отделении.

Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, физикальное исследование, общие анализы крови и мочи, копрограмму, диастазу мочи, биохимический анализ крови с определением уровня общего белка, амилазы, глюкозы, АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, ЩФ, билирубина, ионограммы, УЗИ органов брюшной полости.

Вне зависимости от формы заболевания все дети предъявляли жалобы на боли в животе, что является самой частой жалобой при заболеваниях желудочно-кишечного тракта [4]. При пальпации боли в животе были выявлены у 92% детей. Острый панкреатит (системное заболевание, характеризующееся острым воспалением ПЖ): чаще встречался у детей в возрасте 7-14 лет (67%). Дети предъявляли жалобы на интенсивные боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, мучительную тошноту и рвоту, не приносящую облегчения, снижение аппетита, послабление или задержку стула. Длительность болей в животе была от 1-2 дней до 1 месяца. Диагноз верифицирован по выраженному увеличению уровня амилазы, диастазы и УЗИ - размеров поджелудочной железы (45%). Дети получали диетическую терапию, инфузионную терапию, спазмолитики, ингибиторы протеолиза, ферменты, по показаниям антибиотики.

Длительность лечения в стационаре составила $20,0 \pm 5,0$ койко-дней.

Реактивный панкреатит был диагностирован как острое вторичное заболевание поджелудочной железы для детей в возрасте 3-14 лет (67%) на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, пищевая аллергия). Дети получали лечение, соответствующее основному диагнозу, а также по показаниям ингибиторы протеолиза, спазмолитики, ферментные препараты. Длительность лечения в стационаре составило $12,0 \pm 5,0$ койко-дней.

Хронический панкреатит (воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, длящееся более 6 месяцев и характеризующееся развитием фиброза паренхимы и функциональной недостаточностью) в 79% случаев выявлен у детей в возрасте 12-17 лет. Дети предъявляли жалобы на рецидивирующие боли в животе, тошноту, периодически рвоту, снижение аппетита, недостаточную прибавку в массе тела. Диагноз верифицирован по стойкому увеличению уровня амилазы, диастазы, УЗИ-размеров и эхогенности поджелудочной железы (53%). В подавляющем большинстве случаев у этих пациентов ранее не был диагностирован острый панкреатит, хотя эпизоды болей в животе отмечались на протяжении 2-4 лет. Длительность последнего эпизода болевого абдоминального синдрома была от нескольких дней до 2 месяцев. Дети получали овомин, оmez, спазмолитики, ферменты. Длительность лечения в стационаре составило $17,0 \pm 2,5$ койко-дней.

Понятие «диспанкреатизм» у ребенка означает различного рода нарушения синтетической функции поджелудочной железы, которые не сопровождаются воспалительной реакцией, морфологическими изменениями органа (код по МКБ-10 К 86.9 болезнь поджелудочной железы неуточненная). Диспанкреатизм, по нашим наблюдениям, характерен для детей в возрасте 7-14 лет (72%). Заболевание развивается на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта и пищевой аллергии. Длительность болей в животе была от нескольких дней до 1 месяца. Диагноз верифицирован по жалобам на снижение аппетита, болевым

ощущениям в верхней зоне живота, которые обычно имеют тянущий или ноющий характер, изменениям характера стула, болезненности при пальпации в точках проекции поджелудочной железы, близким к норме показателям амилазы и диастазы и по УЗИ-признакам незначительного нестойкого увеличения размеров поджелудочной железы за счет отека, без изменений эхогенности. Дети получали гипоаллергенную диету, спазмолитики, ферментные препараты. Длительность лечения в стационаре составила в среднем $17,0 \pm 3,0$ койко-дней.

Выводы:

1. В большинстве случаев (63% пациентов) поражение поджелудочной железы у детей носит функциональный характер.
2. Заболевания поджелудочной железы у детей чаще встречаются в школьном возрасте (76,5%).
3. Диагностика хронического панкреатита у детей представляет определенные трудности, необходимо при рецидивирующем абдоминальном болевом синдроме проводить углубленное клиническое обследование для своевременной диагностики.

Список литературы:

1. Гасилина, Т. В. Панкреатиты у детей / Т. В. Гасилина, С. В. Бельмер // Лечащий врач. – 2009. – № 1. – С. 28–31.
2. Файзуллина, Р. А. Общие представления о панкреатитах у детей / Р. А. Файзуллина, С. В. Бельмер // Лечащий врач. – 2016. – № 1. – С. 38–44
3. Бельмер, С. В. Пищеварительная недостаточность поджелудочной железы у детей. Дифференцированный подход/ С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина // Гастро News Лайн. – 2008. – № 3. – С. 7–11.
4. Экзокринная панкреатическая недостаточность у детей: современные пути диагностики и коррекции / С. В. Бельмер [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 6. – С. 38–41.
5. Волкова, М. П. Рецидивирующий абдоминальный болевой синдром у детей и подростков / М. П. Волкова, К. Э. Голенко // Актуальные вопросы педиатрии : материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Пермь, 06 апр. 2016. – Пермь, 2016. – С. 32–36.